

150
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 mars 1893, à 1 heure

Par LOUIS GUILLEMINOT

Né à Pesmes (Haute-Saône), le 25 décembre 1867

TRAITEMENT

DU PÉDICULE INTRA-PÉRITONÉAL

DANS L'ABLATION DES FIBROMES UTÉRINS

Par hystérectomie abdominale

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { JALAGUIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

130

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 mars 1893, à 1 heure

Par LOUIS GUILLEMINOT

Né à Pesmes (Haute-Saône), le 25 décembre 1857

TRAITEMENT

DU PÉDICULE INTRA-PÉRITONÉAL

DANS L'ABLATION DES FIBROMES UTÉRINS

Par hystérectomie abdominale

Président : M. TERRIER, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
 { JALAGUIER, DELBET, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie méd ale.	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

C. F. GUILLEMINOT

Docteur en médecine

A MA TANTE

PÉTRONILLE BOREL

A MADAME DELFILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

Chirurgien de l'hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

TRAITEMENT DU PÉDICULE INTRA-PÉRITONÉAL

Dans l'ablation des fibromes utérins

PAR HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE

AVANT-PROPOS

Dans l'ovariotomie tous les chirurgiens sont d'accord pour traiter le pédicule par la méthode intra-péritonéale. Les opinions divergent quand il s'agit de l'ablation des fibro-myomes utérins par la voie abdominale. Beaucoup de gynécologistes, qui abandonnent couramment le pédicule ovarien dans la cavité péritonéale, n'osent laisser dans l'abdomen le moignon de l'utérus, le fixent à la plaie abdominale et veulent justifier leur conduite par les résultats meilleurs que donnent ce procédé. D'autres chirurgiens suppriment ce pédicule par l'hystérectomie totale.

Nous avons observé dans le service de M. Richelot, dont nous étions l'externe, une série d'hystérectomies abdominales pour fibromes, avec traitement interne du

pédicule. Les excellents résultats, qu'ont donnés à notre maître éminent, l'abandon du pédicule dans l'abdomen, nous ont engagé à étudier dans notre thèse le traitement du pédicule des fibromes.

Après un court exposé des deux méthodes extra et intra-péritonéale, nous donnerons dans un manuel opératoire aussi complet que possible la conduite que nous conseillons de tenir dans l'ablation des fibromes de l'utérus ; nous insisterons sur les deux points suivants : mode de ligature du pédicule et des annexes, recouvrement du moignon destiné à rendre celui-ci rétro-péritonéal en même temps qu'intra-abdominal. Dans nos observations, qui suivent, on trouvera l'application de ces préceptes, avec les résultats qu'ils donnent. Nous terminerons par une appréciation de la méthode intra-péritonéale perfectionnée, et nous essaierons de la comparer dans ses résultats avec l'hystérectomie abdominale totale qui tend à la remplacer.

Les observations que nous publions sont inédites ; elles appartiennent à notre maître, M. le D^r Richelot, et sont l'expression de sa pratique journalière. Notre tâche a été purement matérielle ; aussi avons-nous le devoir de décliner le mérite de ce travail et de remercier M. Richelot qui l'a inspiré et auquel il appartient.

Que MM. Hallopeau et Letulle, nos maîtres dans les hôpitaux, reçoivent ici le témoignage de toute notre reconnaissance.

M. le professeur Terrier nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'agréer notre vive et respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

Si l'on excepte le traitement médical dont les résultats sont encore hypothétiques ou tout au moins incomplets, ainsi que l'extirpation par les voies naturelles et la castration, nous avons contre le fibro-myome utérin l'hystérectomie abdominale.

D'après Pozzi, Gilmann Kimball serait le premier chirurgien qui en 1855 aurait de propos délibéré fait l'hystérotomie pour un fibrome interstitiel, donnant lieu à de violentes hémorrhagies.

A Kœberlé revient l'honneur d'avoir posé les premières règles de l'opération. Il invente la ligature du pédicule avec un fil métallique, étreint par un serre-nœud. Péan suit la même voie. En 1873 dans un ouvrage intitulé : *Hystérotomie, de l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie*, Péan donne les lignes générales de l'hystérectomie avec traitement extrapéritonéal du pédicule.

En 1876, Kleberg d'Odessa remplace le fil métallique, par la ligature élastique temporaire. Martin recommande systématiquement la ligature élastique provisoire au Congrès de Cassel de 1878. Enfin Hégar applique le lien élastique à la ligature définitive du pédicule.

On arrive ainsi à la méthode extra-péritonéale actuelle : Le pédicule étreint dans la ligature élastique est attiré dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, où des broches

métalliques le transpercent et le maintiennent appliqué. La plaie abdominale est fermée jusqu'au niveau de ce moignon. Des perfectionnements sont apportés au mode de traitement du pédicule. Pozzi unit le péritoine pariétal de la plaie abdominale à la séreuse du moignon, par une suture continue au catgut et passant au-dessous de la ligature élastique, tandis qu'Hégar procède de même à l'aide de points de suture isolés. Doléris, pour diminuer les tractions du pédicule, évide celui-ci en un cône allongé, de manière à obtenir une longue collerette séro-musculaire qu'il cautérise au thermocautère et qu'il transperce par les broches. Pour que celles-ci ne déchirent pas les tissus il suture à la soie les bords libres de cette collerette.

Wölfler et Hacher de Vienne suppriment les broches et suspendent le pédicule aux parois abdominales par deux fils qui les traversent, de telle sorte que son sommet affleure la partie profonde de la plaie abdominale. Le péritoine pariétal est suturé au pourtour du moignon qui se trouve extra-péritonéal et juxta-pariétal.

Sänger fait une séquestration intra-péritonéale. Son procédé ne diffère pas sensiblement du précédent. Il suture le péritoine pariétal à la partie postérieure du pédicule, et le laisse libre dans la loge péritonéale inférieure située au-dessus de la vessie. Ces procédés s'appliqueraient aux pédicules courts ; par la plaie abdominale incomplètement fermée se fait la surveillance du moignon.

Les nombreux inconvénients du pédicule exposé ont de bonne heure conduit les chirurgiens à l'emploi d'une autre méthode. Schröder, au Congrès de Cassel de 1878, décrit sa méthode. Au Congrès de Salzbourg en 1881 il fixe défi-

nitivement son manuel opératoire. Le fibrome enlevé il fait une résection cunéiforme du moignon à 3 centimètres de la ligature élastique, évide celui-ci et obtient une cupule dont les bords séro-musculaires sont exactement affrontés par des sutures à plans superposés. Des sutures profondes à la soie unissent le tissu utérin, fermant la cavité utérine quand elle est ouverte ; les bords séreux sont rapprochés par des sutures superficielles au catgut. Ainsi traité le moignon est abandonné dans l'abdomen.

Olshausen laissa glisser dans le ventre avec succès un pédicule entouré de son lien élastique. Un nouveau procédé était créé ; après avoir imité cette conduite, la plupart des chirurgiens remplacèrent la ligature élastique perdue par la ligature à la soie du pédicule intra-péritonéal.

Zweifel évide aussi son moignon à la façon de Schröder, mais ménage un lambeau antérieur et un postérieur. Il place des sutures profondes immédiatement au-dessus du lien élastique ; ces sutures sont faites avec les extrémités des fils de soie qui ont ligaturé les ligaments larges. Il obtient donc une ligature continue des annexes et du pédicule ; par dessus, il unit ses lambeaux avec des sutures superficielles.

Toutes les méthodes proposées visent deux buts : l'hémostasie, et l'isolement du pédicule de la cavité péritonéale. Jusqu'ici ce dernier point laisse beaucoup à désirer.

Avec Goffe de New-York et Krobach nous entrons dans une voie nouvelle.

Goffe (1), opérant un fibrome utérin, fut obligé de disso-

1. *Am. J. of. Obs.* avril 1890. *Revue américaine d'obstétrique et de gynécologie.*

cier, sur une large surface, la face postérieure de la vessie, et ceci lui donna un large lambeau cruenté qu'il replia sur le pédicule après l'avoir sectionné très près de la ligature et avoir cautérisé à l'acide phénique la cavité cervicale. Il sutura solidement ce lambeau au moignon, et remit le tout dans l'abdomen laissant le pédicule intra-abdominal mais extra-péritonéal. Il fit ensuite trois opérations semblables de propos délibéré. Il obtint 4 succès. Cette méthode est employée avec succès par le Dr Dudley.

Heywood Smith (1), après avoir rappelé les diverses méthodes de traitement intra-péritonéal du pédicule, décrit particulièrement celle de Goffe de New-York et de Milton du Caire. Voici les points principaux qu'il signale :

1° Tailler les lambeaux séreux assez larges, parce qu'il est possible de les diminuer non de les augmenter, 2° lier séparément, si possible, chacun des vaisseaux sanguins ; 3° réunir toute l'ouverture péritonéale par une suture continue au catgut, en employant au niveau du pédicule le procédé de Lemberg pour la suture des intestins. Cette méthode est d'après l'auteur destinée à supplanter le traitement extra-péritonéal. Il cite trois cas, opérés avec succès de cette façon.

Ryford expose sa méthode dans l'Américain J. of obst. d'octobre 1890. Après avoir enlevé le fibro-myome il détache le péritoine vésical et le péritoine rectal, pour les suturer ensuite, les adosser au-dessus du moignon, qui inversé dans le vagin, est pansé à la gaze iodoformée; huit cas, sept succès.

1. *Brit. med. J.*, 19 mars 1892. *Communication à la Société anglaise de gynécologie*, séance du 11 février 1892.

Krobak (1) isole le moignon à l'aide de deux lambeaux formés par le revêtement péritonéal de l'utérus et de la tumeur utérine. Ces lambeaux sont taillés après le traitement individuel des ligaments larges, avant l'application de la ligature élastique provisoire : l'un est antérieur ; l'autre postérieur.

Voici sa technique opératoire : La tumeur abdominale attirée hors du ventre au travers de l'incision abdominale, l'opérateur traite les ligaments larges ; puis en avant et en arrière de la tumeur dissection et décollement de deux lambeaux péritonéaux ; le premier est plus volumineux. Application de la ligature élastique. Section du col à 1/2 ou à 1 centimètre au-dessus des insertions du vagin, cautérisation au Paquelin de la surface du moignon et de la cavité cervicale. Si l'on ne fait pas le drainage, le pédicule est lié séparément selon les procédés, ordinaires ; quand la cavité utérine est ouverte, on peut utiliser celle-ci comme moyen de drainage, on place alors deux ligatures transversales sur le pédicule : l'une en avant ; l'autre en arrière du canal cervical. Le vagin a été soigneusement désinfecté avant l'opération, il est tamponné à la gaze iodoformée. 17 cas. 17 guérisons.

Nous avons exposé les principales méthodes de traitement du pédicule, nous arrivons à la pratique de notre maître, dont nous allons de notre mieux tracer les lignes générales.

1. *Central. für Gynæko.*, n° 35. 29, août 1891.

MANUEL OPÉATOIRE.

Après une toilette, soigneusement antiseptique, de la paroi abdominale, on pratique, sur la ligne médiane, une incision verticale, commençant à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphise pubienne, et dépassant ou ne dépassant pas l'ombilic, selon le volume plus ou moins grand du fibrome. On incise, couche par couche, jusqu'au péritoine, dont les deux lambeaux sont saisis puis retenus par des pinces hémostatiques.

La tumeur est alors visible ; l'opérateur cherche à l'extraire à travers la boutonnière abdominale, qu'il vient de pratiquer. Si la tumeur est longuement pédiculée, les mains plongées dans la cavité abdominale, l'attireront facilement au dehors, reconnaissant du même coup les rapports de la masse fibreuse avec les organes voisins, constatant et détruisant les adhérences qu'elle a pu contracter. Si la tumeur ne peut être aussi commodément énucléée, soit qu'elle ait un pédicule large et court, ou qu'elle soit enclavée dans le petit bassin, dont elle reproduit la forme, on se contentera d'en attirer fortement en avant la paroi antérieure à l'aide de pinces à griffes.

C'est maintenant, et sur cette face antérieure, bien mise en vue, que va être taillé le lambeau péritonéal que nous préconisons. Un premier point consiste à reconnaître la situation de la vessie, ce que l'on peut faire à l'aide d'une sonde exploratrice introduite dans sa cavité ; mais cette mesure est rarement nécessaire. Puis à trois ou quatre

travers de doigt du bas-fond de la vessie, on trace sur la tumeur une incision transversale, allant d'un ligament large à l'autre, incision très superficielle, n'intéressant que le péritoine. Saisissant avec une pince à disséquer le bord inférieur de cette incision, on la sépare avec le bistouri du tissu utérin; puis poursuivant la dissection du feuillet séreux de haut en bas du côté des pubis et latéralement jusqu'au niveau des annexes de l'utérus on obtient une lame flottante de péritoine que nous appellerons lambeau péritonéal antérieur.

Tantôt la séreuse se laissera facilement décoller, tantôt elle résistera maintenue par des adhérences au tissu sous-jacent. Dans ce cas, il faudra faire une minutieuse dissection qui donnera une manchette péritonéale doublée d'une étroite lamelle de tissu utérin ou fibro-utérin : les deux lambeaux donnent des résultats également bons.

Quelle sera la hauteur du lambeau ? Six à sept centimètres suffiront dans tous les cas. L'opérateur s'inspirera des circonstances; avec une tumeur à long pédicule, les dimensions convenables seront facilement obtenues; avec les tumeurs à large base d'implantation, la longueur du lambeau sera proportionnée à la largeur approximative du pédicule. D'ailleurs l'énergique constriction, que l'on obtient à l'aide de la ligature élastique provisoire, a donné une seule fois un moignon mesurant six centimètres, et encore dans un cas spécial où le tissu utérin était lardacé et dégénéré en masse et où certainement il eût mieux valu employer une autre méthode. Dans tous les autres cas le moignon s'est réduit facilement à une surface de dimensions insignifiantes.

Un des avantages du procédé ressort déjà bien nettement. En rabattant du côté de la symphyse pubienne le feuillet péritonéal, on a, avec lui, décoller la vessie; libérer cet organe de ses connexions avec la tumeur et dans la suite de l'opération on ne courra ni le risque de la réséquer avec la tumeur, ni celui de la prendre dans la ligature élastique provisoire.

La technique que M. Richelot avait d'abord adoptée consiste à dégager l'utérus, à le libérer de ses attaches périphériques. Pour cela on perfore avec le doigt, aussi bas que possible, entre l'utérus et les annexes; on introduit dans cette voie une forte pince à forcipressure et l'on sectionne; on peut aussi sectionner entre deux ligatures. Cela fait on place la ligature élastique provisoire sur le pédicule utérin. En agissant ainsi, et c'est le manuel opératoire suivi dans la moitié de nos cas, les annexes de l'utérus et le pédicule lui-même sont traités séparément en vue de l'hémostase provisoire. Cet isolement dans l'hémostase de l'utérus et de ses annexes n'offre pas de suffisantes garanties (V. Obs. IV). Nous pensons qu'il est préférable de placer d'emblée la ligature élastique provisoire, en prenant en masse l'utérus et les annexes. Le cordon élastique descendu aussi bas que possible en arrière de l'utérus, passera de chaque côté au-dessous des ovaires, déprimera les ligaments larges, et ses deux chefs, réunis en avant sur la partie utérine, mise à nu par la dissection du lambeau péritonéal, seront fortement serrés à l'aide d'un constricteur quelconque. L'hémostase définitive, qui sera faite de la même manière, comprenant dans une ligature unique,

continue, le système artériel de l'utérus et de ses annexes, présentera toute sécurité.

L'hémostase provisoire achevée, l'opérateur sectionne la tumeur. Une première incision la divise franchement jusqu'à quelques centimètres du tube de caoutchouc ; puis le fibrome est rapidement enlevé par sections et énucléations.

Reste à placer la ligature définitive. On se servira de soie plate tressée, minutieusement désinfectée. Dans la grande majorité des cas le pédicule est tel qu'il suffit de le transfixer dans son milieu et de faire en avant le nœud de Lawson-Tait. Dans cette ligature comme tantôt, dans la ligature provisoire, seront compris avec le pédicule utérin, les ligaments larges et les ligaments ronds. Ces derniers organes sont à l'aide de ce nœud facilement appliqués sur le tissu utérin et maintenus par la soie sans crainte de les voir se déchirer ou s'échapper. Mais si l'on est en présence d'un pédicule un peu large, avec des annexes difficiles à rapprocher, il faut passer un fil double, faire une ligature en chaîne selon le procédé de Thornton, puis ajouter un *fil dit de sûreté* qui embrasse l'ensemble du moignon ; c'est ainsi que M. Richelot procède habituellement.

L'hémostase définitive assurée, le lien élastique est enlevé et la surface de section régularisée, réduite au minimum. Le moignon ainsi paré est rôti au thermo-cautère ; la muqueuse utérine est détruite en plongeant doucement la pointe de feu dans la cavité ; nous n'avons jamais vu dans cette manœuvre les fils de soie atteints.

Un dernier temps consiste à isoler ce moignon de la cavité abdominale, à le rendre extra-péritonéal ; on obtient

ce résultat en le coiffant du lambeau péritonéal antérieur. Pour ce faire allant d'un ligament large à celui du côté opposé, du côté droit de la malade au côté gauche, on suture au catgut le bord libre du lambeau péritonéal antérieur, au bord postérieur du moignon, à la section du péritoine qui tapisse la face postérieure du pédicule utérin. Ce surjet de catgut donne une crête transversale unissant les ligaments larges, en passant par dessus le moignon, crête plus rapprochée du bord postérieur du pédicule que de l'antérieur. Cette suture en supprimant la solution de continuité du péritoine pariétal, met en dehors de la cavité abdominale le pédicule et son canal utérin.

Le reste de l'opération n'offre rien de particulier.

La plaie de l'abdomen est fermée par trois plans de sutures ; deux au catgut s'adressent au péritoine et aux muscles de la paroi ; le dernier plan superficiel cutané comprend la réunion de la peau aux crins de Florence.

OBSERVATION I

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale par M. Richelot.

Louise P..., journalière, âgée de 48 ans, réglée à 18 ans et toujours bien depuis, n'a pas eu de maladies antérieures. Elle a eu deux grossesses normales, avec accouchement et suites normales en 1868 et en 1870.

Elle entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Richelot, pour une tumeur développée dans le ventre, paraissant remonter à 4 ou 5 ans, et ayant évolué sans troubles. La palpa-

tion de l'abdomen fait reconnaître une tumeur fibreuse, utérine, très volumineuse, arrondie, et très mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher l'excavation est libre.

Le 7 novembre 1891. — M. Richelot décide et fait l'hystérectomie abdominale.

Opération. — Après une large incision de la paroi abdominale, la tumeur est énucléée. Sa face antérieure est recouverte de gros vaisseaux, gorgés de sang. Les ligaments larges forment de chaque côté de larges pédicules, sur la surface desquels rampent d'énormes vaisseaux. Le péritoine est incisé transversalement, par une section superficielle, qui permet d'abaisser la vessie et de dégager les parties latérales du pédicule utérin proprement dit, en perforant avec le doigt entre l'utérus et les annexes, puis en pinçant ceux-ci et sectionnant entre la pince et l'utérus. Les vaisseaux incisés saignent peu, l'hémostase est facile.

L'utérus ainsi dégagé, la ligature élastique provisoire est placée aussi bas que possible en constatant la situation de la vessie. Alors section de la masse fibreuse. Pour assurer la ligature permanente du pédicule, plusieurs fils de soie sont placés, l'un étreint l'utérus à l'aide du nœud de Tait, deux ligatures en chaînes font l'hémostase des annexes.

La ligature élastique est enlevée, le moignon régularisé, la section utérine cautérisée ; enfin le lambeau péritonéal est suturé à la lèvre postérieure du pédicule, par un surjet de catgut qui commençant au ligament large droit, finit au ligament gauche. Antisepsie du péritoine. Suture de l'incision abdominale.

Suites. — Apyrétiques. La malade fait une légère bronchite qui dure quelques jours et sort guérie en parfait état de santé le 4 décembre, soit un mois après l'opération.

OBSERVATION II

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. Richelot.

Mademoiselle B..., 40 ans, a vu se développer depuis bien des années une tumeur abdominale accrue sans troubles, ni grandes douleurs. C'est une masse fibreuse énorme remplissant l'abdomen, et commençant à compromettre gravement la santé. La malade est maigre, affaiblie, et le volume de la tumeur a sensiblement augmenté depuis quelques mois.

Opération 24 janvier 1892. — Une longue incision de la paroi abdominale permet d'extraire du ventre une grosse tumeur fibreuse, flanquée à sa partie postérieure d'un second noyau fibreux paraissant développé dans le segment inférieur de l'utérus et élargissant le pédicule. Après la section des ligaments larges et la taille du lambeau péritonéal, il est possible d'enucléer le second noyau de l'excavation pelvienne. La masse principale est maintenue au dehors de la cavité avec de fortes pinces à traction et la ligature provisoire est placée en son lieu d'élection. Le premier noyau enlevé, le second apparaît, enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, presque indépendant de l'utérus qui est petit et facile à pédiculiser; ce noyau est décortiqué, enlevé avec d'autres plus petits, puis la ligature définitive est substituée à la provisoire, le moignon cautérisé est très facilement recouvert par le lambeau péritonéal.

Suites — Simples, apyrétiques. Guérison au bout de trois semaines.

OBSERVATION III

Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins.

Madame H..., 35 ans, possède une tumeur abdominale, qui s'est développée sans douleur ni hémorrhagies, mais qui remplit aujourd'hui l'abdomen et enlève à la malade toutes ses forces.

Au palper et au toucher combinés, on reconnaît une grosse tumeur fibreuse dépendant de l'utérus, mobile et sans adhérences.

Opération le 21 février 1892. — Incision de la paroi abdominale dépassant l'ombilic. Enucléation facile la tumeur n'ayant pas d'adhérences. Le ligament large droit pris dans une pince à forcipressure est séparé de l'utérus par section, mais de gros sinus veineux donnent du sang ; un aide fait la compression digitale. Le ligament gauche est rapidement pincé et sectionné, semblable hémorrhagie : compression par un deuxième aide. La ligature provisoire est alors placée sans retard pour parer à l'hémorrhagie qui cesse aussitôt. Mais le lambeau péritonéal n'a pu être taillé ; aussi la tumeur excisée, la ligature définitive placée et le moignon cautérisé, il est impossible de rendre celui-ci rétro-péritonéal. Pour remédier à cet inconvénient les ligaments larges et leur pédicule sont ramenés de chaque côté sur la surface utérine vers son bord postérieur, pour la recouvrir le mieux possible. Ce revêtement est obtenu à l'aide d'une série de sutures au catgut enchevêtrées les unes dans les autres, allant du bord antérieur au bord postérieur de la tranche utérine et d'un ligament à l'autre de sorte que finalement le moignon disparaît sous les ligaments larges rapprochés et sous un lacis de catgut. Suites : Légers vo-

missemments. Bon poulx. Elancements douloureux. Température 37°,2 le 22 février ; 37°,5 le 23, puis température normale. Guérison facile.

OBSERVATION IV

Fibromes utérins, hystérectomie abdominale par M. Richelot.

Eugénie Leb..., 49 ans, n'a fait aucune maladie. De constitution robuste, elle a été réglée à 14 ans et toujours bien depuis. Mariée à 16 ans, elle accouche l'année suivante d'un enfant vivant actuellement. A 21 ans elle a une fausse couche dont la cause est inconnue.

Maladie actuelle. — Il y a un an, métrorrhagies qui durent dix-huit jours, cessent spontanément et sont suivies d'une bonne santé. Depuis environ trois mois la malade voit son ventre augmenter de volume, les règles arrivant en leur temps ont une durée plus longue, les pertes sont plus abondantes et s'accompagnent de violentes douleurs dans le bas-ventre.

L'examen de la malade fait reconnaître une tumeur fibreuse volumineuse, remontant jusqu'à l'ombilic, très grosse, peu mobile. Les culs-de-sac vaginaux sont comblés par la tumeur, cet enclavement dans le petit bassin fait porter un pronostic très réservé. Pas de troubles digestifs. Faciès pâle et jaunâtre.

Opération le 23 février 1892. — Durée 1 heure 25.

Longue incision dépassant à peine l'ombilic. La tumeur apparaît, constituée par deux lobes, que réunit un court pédicule. Le plus gros lobe occupe l'excavation, l'autre latéral, du volume des deux poings, remplit l'hypocondre gauche, où il a contracté des adhérences épiploïques. L'opération se divise alors en deux

temps, le traitement de la masse fibreuse principale, puis l'excision du lobe latéral.

Premier temps. — Le lobe médian est attiré au dehors de la boutonnière abdominale, et séparé au bistouri du noyau voisin. Il en résulte une légère hémorrhagie, arrêtée facilement par quelques pinces hémostatiques. La suite de l'opération s'accomplit normalement : les ligaments larges sont pincés et sectionnés, le lambeau péritonéal taillé, la ligature élastique provisoire placée, la tumeur excisée, la ligature définitive posée en traitant individuellement le pédicule et les annexes. Enfin le tube en caoutchouc enlevé, le moignon paré et cautérisé, est rendu extra-péritonéal par la suture du lambeau antérieur.

Deuxième temps. — Extraction du gros lobe qui amène la rupture de quelques adhérences épiploïques. Pas de ligatures épiploïques. Longue et consciencieuse toilette péritonéale. Le traumatisme opératoire est considérable.

Suites. — Le soir de l'opération 38°,6, le pouls est excellent, bien relevé. Le 24 février matin, 37°,6, pouls excellent. Pas de douleurs, pas de vomissements. Bon faciès, bon état général. La guérison va en s'accroissant et la malade sort très bien rétablie.

Le 25 octobre 1892, c'est-à-dire huit mois plus tard, la malade rentre à l'hôpital Tenon. Très souffrante depuis quelques semaines, elle a dans le bas ventre de vives douleurs, qui se calment avec l'écoulement par le vagin d'une sanie fétide. A l'examen au spéculum, le col laisse échapper par son orifice un pus d'odeur fécaloïde ; au-dessus de lui le toucher révèle une masse indurée pâteuse.

M. Richelot formule ainsi le diagnostic et l'indication : Extirpation vaginale du moignon pour ouvrir le foyer purulent qui probablement communique avec une perforation intestinale.

L'opération est entreprise le 25 octobre 1892 ; mais, par malheur, dès les premières inhalations de chloroforme, la malade est prise d'une syncope cardiaque et succombe sans qu'aucun des moyens usités en pareil cas puisse la ramener à la vie.

A l'autopsie on découvre dans le petit bassin au-dessus du moignon, une poche circonscrite par des adhérences, remplie de pus et de caillots sanguins d'aspect varié, rappelant les phases de transformation du sang épanché dans les tissus. De cette poche part un diverticulum qui se rend dans l'épaisseur du ligament large gauche ; elle communique avec la partie supérieure du rectum par une perforation d'un centimètre de diamètre. Voici, selon nous, comment les choses se sont passées ; il s'est fait, probablement après l'opération, un épanchement sanguin dans l'épaisseur du ligament large gauche, et cela parce que, dans le procédé qui consiste à séparer les ligaments larges de l'utérus et à les traiter à part, on sectionne un bon nombre de vaisseaux au ras du moignon et la ligature peut en laisser échapper quelques-uns. Le sang a enveloppé le moignon recouvert de péritoine et a formé un foyer sous-péritonéal circonscrit, qui est resté longtemps sans donner de symptômes. Puis le foyer sanguin s'est mis en communication avec la cavité vaginale à travers le museau de tanche, l'infection s'est produite, les caillots sanguins ont suppuré et la suppuration a ulcéré peu à peu la partie supérieure du rectum qui adhérait au foyer.

De ce fait on peut tirer un enseignement, c'est qu'il vaut mieux prendre les ligaments larges dans la même ligature que le moignon ; l'hémostase est mieux assurée que si on les traite à part. C'est du reste le parti auquel s'était arrêté M. Richelot, bien avant que le fait actuel lui en eût démontré l'opportunité.

Nous ferons remarquer d'autre part que les accidents éloignés,

qui huit mois après l'hystérectomie nous ont ramené la malade, n'étaient nullement irrémédiables. Il est évident que l'ablation vaginale du moignon eût ouvert largement le foyer, permis l'évacuation et la désinfection et fait cesser les douleurs. La fistule rectale aurait persisté quelque temps et se serait fermée, comme l'ont fait jusqu'ici les quelques fistules rectales qui ont été notées à la suite de l'hystérectomie vaginale, au besoin on aurait pu en faire la réparation. Le pronostic en somme n'était pas défavorable, si un *accident de chloroforme* n'était venu à la traverse.

OBSERVATION V

Sarcôme kystique de l'utérus. Hystérectomie abdominale.

Françoise A..., 46 ans, réglée à 16 ans et toujours bien depuis, n'a jamais eu de maladies antérieures. Pas de grossesse.

Au mois de septembre dernier la malade aurait senti dans la fosse iliaque gauche une tumeur dont elle ne précise autrement le début. Depuis sans occasionner de troubles le ventre a rapidement augmenté de volume. Actuellement il est énorme, mesure 0.63 centimètres d'un flanc à l'autre. Faiblement rénitente, la tumeur donne au palper une sensation d'élasticité, qui s'éloigne de la dureté du fibrome, elle paraît faire corps avec l'utérus.

Opération le 1^{er} mars 1892. — Le diagnostic étant douteux, notre maître pratique la laparotomie abdominale et tombe sur une énorme poche kystique qu'il ponctionne avec un gros trocart et d'où il retire un liquide hématique et séreux, de consistance semi-sirupeuse.

La poche saisie avec de fortes pinces est attirée au dehors ;

l'utérus a suivi le mouvement, le kyste se continuant avec le bord gauche de cet organe. La trompe et l'ovaire gauche sont en avant du kyste, les trompes et ovaires droits paraissent sains. La partie inférieure du kyste qui se continue avec le corps utérin est charnue, épaisse et cette continuité absolue fait choisir l'hystérectomie abdominale, pour extraire la masse en pédiculisant sur l'utérus.

Les ligaments larges sont pris entre des ligatures, puis sectionnés. Manuel opératoire ordinaire.

La tumeur extirpée est un sarcôme creusé d'une grande cavité kystique, contenant, outre le liquide retiré par la ponction, des dépôts fibrineux. Son poids total est de quinze kilos dont trois pour les masses solides.

Suites. — Apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION VI

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le
D^r Richelot.

M^{lle} Marie J..., âgée de 33 ans, a toujours eu une bonne santé. Réglée à 13 ans et toujours bien, elle entre à l'hôpital Tenon pour une tumeur abdominale apparue il y a deux ans environ, sans provoquer de troubles ni de douleurs. Lentement accrue la tumeur est devenue pénible par son poids, elle occasionne de fréquentes envies d'uriner et la malade en réclame l'extirpation.

A l'examen le ventre est saillant; à la palpation les mains circonscrivent une tumeur volumineuse grosse comme une tête d'adulte, paraissant bilobée échancrée sur le fonds de l'utérus,

étendue du pubis à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, emplissant toute la fosse iliaque gauche et pas tout à fait la droite. Sa consistance est fibreuse, sa surface est largement bosselée, elle fait corps avec l'utérus.

L'excavation du bassin est remplie par la tumeur qui est cependant mobile, et que le doigt peut soulever.

Opération, 5 mars 1892. — Une longue incision permet une extraction facile. Le segment inférieur de l'utérus paraît large, bourré, par le fibrome. De chaque côté il est dégagé des ligaments larges, le lambeau péritonéal antérieur, la ligature élastique et la section de la masse se font suivant le manuel ordinaire. Reste un pédicule épais, large : pour la sécurité de l'hémostase définitive deux ligatures en chaîne à la soie, recouvertes du fil de sûreté, sont placées sur le pédicule, et chacun des ligaments est lié à la ligature en chaîne. La section du pédicule est parée, puis cautérisée, elle ne mesure pas plus de 5 centimètres de diamètre. Suture en crête du lambeau péritonéal. La fin de l'opération est régulière, elle a duré 1 heure. Suites : apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION VII

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le D^r Richelot.

Madame L... Victoria, ménagère, âgée de 27 ans. A été réglée à 17 ans, n'a eu qu'une grossesse, terminée par un accouchement à terme, très laborieux. Le travail et les douleurs durent un jour et demi. L'enfant né vivant meurt 10 heures après sa naissance. Septembre 1891.

Elle entre à l'hôpital Tenon, au mois d'avril 1892, atteinte d'u-

ne tumeur fibreuse de l'utérus, antérieure à la grossesse paraissant s'être annoncée il y a deux ans par des douleurs dans le petit bassin, douleurs qui n'ont cessé jusqu'à cette époque. Pas d'hémorrhagies, mais constipation opiniâtre et leucorrhée.

L'examen fait diagnostiquer : tumeur fibreuse de l'utérus, pas très volumineuse mais saillante au-dessus du pubis et douloureuse à la pression du côté gauche.

Opération le 19 avril. — L'hystérectomie abdominale n'offre rien de particulier. Traitement individuel du pédicule et des ligaments larges. Seulement le surjet de catgut destiné à suturer le lambeau péritonéal antérieur est un peu difficile à placer à cause de la profondeur du pédicule que l'on soulève difficilement. De plus le ligament large droit saigne un peu et se ferme mal. Par des points de suture supplémentaires M. Richelot achève la suture des bords de ce ligament et des parties du moignon qui semblent mal recouvertes. Le moignon définitif offre un bel aspect, il ne saigne plus. L'opération est achevée comme d'habitude. Poids de la tumeur 700 grammes.

Suites. — Apyrexie complète. Guérison.

OBSERVATION VIII

Fibrômes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le Dr Richelot.

Aline S..., 42 ans, lingère, entre à la salle Richard Wallace le 9 avril 1892.

Toujours bien réglée; à 12 ans scarlatine. La malade accuse depuis et de temps en temps des céphalées, avec douleurs rhumatoïdes dans le dos.

Elle vient à l'hôpital pour une tumeur abdominale, dont elle aurait constaté elle-même la présence au-dessus du pubis il y a environ trois ans. Pas de troubles, pas d'hémorrhagie, mais constipation.

A l'examen on trouve un énorme fibrome utérin, mamelonné, remontant jusqu'à l'ombilic, remplissant le cul-de-sac postérieur du vagin, mais mobile et facile à repousser en haut.

Opération le 21 avril 1892. — L'extraction de la tumeur en dehors de l'abdomen offre seule un peu de difficulté à cause de la divergence de quelques lobes, bosselant la masse principale. La pédiculisation des ligaments larges et de l'utérus est faite rapidement. Après l'hémostase définitive la suture et le revêtement des ligaments et du moignon par le lambeau sont obtenus avec la plus grande perfection désirable. Pas de sang.

Suites. — Simples. 38° le second jour, puis apyrexie. Guérison.

OBSERVATION IX

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par
M. le Dr Richelot.

Marie G... 45 ans, entre à l'hôpital Tenon le 27 avril 1892.

Réglée à 18 ans. Menstruation régulière, mais pertes peu abondantes. Mariée à 17 ans. Une seule grossesse à 20 ans : accouchement normal.

Depuis son accouchement la malade souffre presque continuellement dans le bas ventre, les aines, les reins ; plus accentuées à droite, les douleurs s'exaspèrent au moment des règles, avec la fatigue ne cessent pas dans le décubitus dorsal. Depuis quelques mois elles semblent moins intenses. Jamais de métrorrhagies.

Il y a 15 mois, la malade fut examinée par M. le Dr Berger qui diagnostiqua une tumeur enclavée dans le petit bassin adhérente au sacrum et ne voulut pas l'opérer.

Quelque temps après elle fut électrisée sans succès par M. le Dr Apostoli.

Etat actuel. — Etat général excellent, pas d'amaigrissement. Les douleurs sont tolérables. Constipation opiniâtre.

Au palper abdominal tout le petit bassin est rempli par une très grosse tumeur, dure, non douloureuse à la pression, remontant jusqu'à l'ombilic, difficile à déplacer.

Au toucher vaginal le segment inférieur de l'utérus est remplacé par une masse fibreuse, enclavée dans le petit bassin qu'elle remplit. La saillie normale du col a disparu, il n'en reste que l'orifice, perçu par le doigt en haut et en avant.

Le tout est à peine mobile, très adhérent.

Opération, 30 avril. — M. Richelot, après nous avoir énuméré toutes les difficultés qui se rencontreront au cours de l'opération, ainsi que les nombreuses chances de succès, se décide à intervenir.

Incision de la paroi abdominale dépassant l'ombilic; extraction très pénible, énucléation totale impossible, la tumeur à sa partie inférieure, s'incère sur l'utérus par une grosse masse sessile, remplissant le petit bassin. La moitié seulement du fibrome déborde la plaie abdominale. Les tractions faites avec des pinces à griffes pour l'attirer déchirent les tissus qui saignent. Hémorrhagie assez abondante par de gros sinus veineux. Hémostase difficilement obtenue à l'aide de pinces et par la compression digitale que fait M. Perruchet interne du service. Le sang, s'échappe immédiatement au-dessus de la ligne d'insertion de la vessie, qui monte sur le fibrome et se trouve presque tout entière hors de l'abdomen.

Il faut prendre un parti pour arrêter l'hémorrhagie, et placer bon gré mal gré le lien élastique sur le pédicule massif.

Rapidement, M. Richelot fait une incision transversale au-dessus de la vessie entre elle et les pinces hémostatiques placées sur les sinus veineux voisins, puis il la décolle et la fait tomber assez vite. Le lambeau péritonéal se trouve ainsi taillé et le champ est libre en avant. Le lien élastique est passé, englobant dans sa constriction les ovaires et les ligaments larges non traités. Le sang s'arrête aussitôt.

Une incision antéro-postérieure fend la tumeur en deux, ouvrant sa loge. Dans celle-ci se trouve un gros fibrome qui est sectionné en son milieu, il est unique et c'est lui qui se prolonge dans le segment inférieur. Ses deux moitiés sont facilement attirées et énucléées, la ligature élastique pressant la tumeur et glissant sur elle de haut en bas. Le fibrome enlevé, il reste un segment inférieur vide et flasque entouré par le lien élastique qui trop lâche ne serre plus beaucoup, mais il ne s'écoule plus de sang. La ligature élastique est resserrée, elle se trouve bien placée.

Le pédicule est formé par du tissu utérin entourant une partie de la cavité cervicale, le pourtour est formé par la paroi de la loge du fibrome et de chaque côté par les ligaments larges. Le tout est peu volumineux. Le pédicule est façonné, la ligature à la soie substituée, les ligaments larges étant compris avec le pédicule dans une ligature en masse. Puis le moignon est recouvert par le lambeau péritonéal antérieur, ce lambeau est court mais suffisant, de sorte que la vessie vient s'appliquer sur la tranche du moignon. Toilette péritonéale. Suture.

Durée 1 heure un quart. Poids de la tumeur : 2 kilogrammes.

Suites. — Nulles. Apyrexie.

2 mai. — Bon poulx. Bon faciès. Pas de douleurs abdominales. Seulement un peu de vomissements chloroformiques. Guérison.

OBSERVATION X

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale
par M. le D^r Richelot.

Emilie R..., entre à l'hôpital Tenon le 28 avril 1892.

Depuis au moins dix ans elle souffre de douleurs dans le bas-ventre. Dans l'intervalle des règles, elle accuse un écoulement séreux à peine coloré, quelquefois teinté de sang et mélangé à des caillots.

Il y a cinq ans elle entra dans le service de M. le D^r Siredey pour ces pertes, on lui fit la dilatation du col, et la cavité utérine fut cautérisée. Malgré ce traitement les mêmes phénomènes se reproduisent.

Il y a un an pleurésie droite, qui fut ponctionnée ; depuis, toux, amaigrissement et perte d'appétit.

A cette époque la malade aurait remarqué que son ventre augmentait de volume ; et il y a un mois elle a expulsé par le col utérin un caillot sanguin, cette expulsion s'est accompagnée de vives douleurs.

Etat actuel. — Malade amaigrie, pâle. Appétit presque nul, digestions lentes et difficiles. Constipation opiniâtre. Miction douloureuse. Parfois œdème des membres inférieurs.

Le palper abdominal circonscrit une tumeur utérine, arrondie, de consistance fibreuse, remontant au-dessus de l'ombilic, mobile, remplissant la cavité pelvienne.

Au toucher la tumeur fait corps avec l'utérus, le segment inférieur est envahi par le fibrome, le cul-de-sac antérieur est comblé, mais le doigt déplace facilement la tumeur.

Opération, 7 mai 1892. — Incision jusqu'au-dessus de l'ombilic. Enucléation assez facile. Une pince est mise sur une adhérence épiploïque postérieure. Le pédicule de la tumeur est large et à l'étroit dans la plaie. L'opération n'offre d'abord rien de particulier, les ligaments larges sont pincés et sectionnés, le lambeau péritonéal antérieur taillé, le lien élastique placé et le fibrome enlevé par section et énucléation. Il s'agit d'un fibrome unique très adhérent à sa loge. Après son extirpation, la ligature élastique est reserrée. Pas de sang. La ligature à la soie est placée avec un peu de peine, le moignon ne montant pas facilement vers la plaie. Le moignon paré est cautérisé au thermo-cautère; mais celui-ci fonctionne très mal, et la cautérisation est très imparfaite. Suture transversale : à droite le surjet de catgut est difficile à placer, le ligament large étant déchiré en avant et difficile à réunir, mais en fin de compte le lambeau recouvre bien le moignon. Inspection : une anse du gros intestin paraît prise en arrière du moignon sous le fil de soie, ce sont en réalité quelques appendices épiploïques, qui pris sous le fil fixent l'S iliaque contre le moignon. Ces adhérences sont minutieusement disséquées et l'intestin libéré. Toilette abdominale. Une ligature est mise sur l'adhérence du début. Sutures et pansement. Poids de la tumeur 1740 grammes.

Suites. — Fébriles. Pendant les deux premiers jours état douteux et inquiétant. La température atteint et dépasse 39°. Pas de ballonnement ni de vomissements. Bientôt dans la fosse iliaque droite se dessine une sensibilité vive. Douleur à la pression, la paroi donne la sensation d'empatement. Le pouls est bon, l'état

général ne s'aggrave pas et tous les phénomènes se localisent dans la fosse iliaque droite, où se forme une collection purulente que révèlent la fluctuation et l'œdème sous-cutané.

Le 14 mai. — Incision de l'abcès au-dessus de l'arcade crurale, donnant issue à un petit verre à bordeaux de pus séreux sans odeur, nettement sous-péritonéal. La cavité est petite, descend derrière le pubis ; le doigt explorateur trouve la poche partout terminée en cul-de-sac.

Il ressort de cet examen que la collection purulente a pris naissance dans le tissu cellulaire avoisinant le moignon, probablement au niveau du moignon même *insuffisamment cautérisé* ; le pus séparé de la cavité péritonéale par le lambeau péritonéal antérieur, a fusé dans la fosse iliaque droite. On dirait que ce fait a été choisi à dessein pour montrer l'utilité de la cautérisation très soignée du moignon et en même temps celle de la couverture péritonéale contre les infections venant du pédicule.

Chute de la fièvre après l'intervention. La suppuration tarit peu à peu, la cavité se rétracte et la malade quitte le service au commencement de juin bien portante et guérie.

OBSERVATION XI

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale par M. Richelot.

Juliette H..., 40 ans, toujours bien réglée, a eu quatre grossesses. Les deux premières se sont terminées par l'expulsion à 6 mois et à 5 mois de deux enfants morts. La troisième est allée jusqu'au terme, mais l'enfant est encore expulsé mort. La quatrième grossesse se termine par un accouchement normal avec un enfant

actuellement vivant. Les urines renferment de l'albumine en quantité notable, ce qui explique la mort des trois premiers enfants.

Depuis six mois la malade souffre de violentes douleurs dans le bas ventre au moment des règles. Pas de métrorrhagies, mais depuis trois semaines écoulement sanguinolent peu abondant, continu. OEdème des membres inférieurs. Albumine dans les urines.

Diagnostic. — Tumeur fibreuse de l'utérus enclavée dans le petit bassin, sans adhérences, mais n'ayant qu'une faible motilité latérale. Au toucher le col est effacé, les culs-de-sac ont disparu.

Pronostic très réservé à cause de l'état général du sujet. Cas assez mauvais.

Opération. — 28 mai. — Manuel opératoire ordinaire. Il s'agit d'un fibrome sessile dans le petit bassin, sans adhérences mais qui ne peut être amené en dehors de l'abdomen. Force est d'énucléer le fibrome en incisant l'utérus comme dans une opération césarienne, sans le secours préalable de la ligature élastique. L'hémostase est facile avec quelques pinces languettes placées sur les bords de la section utérine ; le fibrome unique énucléé de sa loge, l'opération se fait selon les règles ordinaires. Les ligaments et le pédicule sont traités ensemble par une ligature unique. Poids de la tumeur 1.400 grammes.

Suites. — 29 mai soir 38°.

30 mai. — 38°,8. Pouls un peu fréquent. Il s'agit d'un petit abcès de la suture qui est ouvert, traité et suivi de la guérison complète.

OBSERVATION XII

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le Dr
Richelot.

Delphine L..., 40 ans, cuisinière. Réglée à 17 ans. Menstruation régulière. Pas de maladies antérieures.

Douleurs dans la fosse iliaque droite depuis 7 mois et règles plus abondantes.

Palper : Tumeur abdominale, attenant à l'utérus de dureté fibreuse, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, mobile et paraissant au moins bilobée.

Au toucher l'utérus est abaissé, le cul-de-sac antérieur fait saillie dans le vagin mais le doigt renvoie facilement la tumeur à la main abdominale.

Hystérectomie le 11 juin 1892.

La tumeur est formée par trois gros lobes gros comme le poing ; sans adhérences, elle est facilement traitée. Les ligaments larges sont traités avec le pédicule. Le moignon est profond, son recouvrement quoique difficile est fait dans de bonnes conditions.

Guérison facile.

OBSERVATION XIII

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale,
par M. le Dr Richelot.

M^{me} B..., 50 ans, foraine, réglée à 17 ans, a eu trois grossesses.

Il y a 20 ans, M. Péan lui extirpe des polypes utérins.

Depuis 10 ans, ménorrhagies considérables.

Entre à l'hôpital Tenon, le 13 juin 1892.

La palpation détermine une tumeur abdominale, grosse comme une tête d'adulte mobile dont la consistance fait hésiter entre un kyste et un fibrome.

Opération le 21 juin 1892. — Tout est régulier. L'utérus contient un gros fibrome mou, unique, enlevé par sections successives.

Le lambeau recouvre le moignon traité avec les ligaments.

Suites apyrétiques. Guérison.

OBSERVATION XIV

Fibrome utérin. Hystérectomie abdominale,
par M. le Dr Richelot.

Clémentine C..., 33 ans, domestique, réglée à 13 ans. Menstruation irrégulière. Pas de grossesse.

Il y a 3 ans, apparition dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur, qui augmente lentement d'abord, sans troubles, provoque en novembre dernier une abondante hémorrhagie, puis grossit rapidement.

Diagnostic. — Fibrome utérin arrondi, unique, gros comme une tête d'enfant, mobile chez une femme bien portante.

Opération. — 6 juillet 1892. — Opération régulière, typique. Ligaments larges pris avec le moignon dans une même ligature. Le ligament large droit se déchire un peu, le sujet de catgut, qui suture le lambeau, est prolongé sur lui et forme cette petite plaie. Poids de la tumeur 1 kilog. 350.

Suites. — Apyrexie complète. Le lendemain de l'opération la malade s'évente tranquillement dans son lit.

OBSERVATION XV

Fibrome utérin. — Hystérectomie abdominale, par M. le Dr Richelot.

Joséphine D..., 40 ans, couturière. Réglée à 13 ans. Menstruation régulière. Une grossesse normale à 23 ans.

En décembre 1891 métrorrhagie qui dure un mois. M. le Dr Richelot consulté diagnostique un fibrome utérin et assiste à son développement. La tumeur grossit visiblement.

Le 8 juillet 1892 la malade se décide à se laisser opérer et entre à l'hôpital Tenon. Elle est fatiguée, pesante, mais en bon état de santé.

Le fibrome donne l'apparence d'une grossesse de 8 mois, il est bosselé et très mobile.

Opération 7 juillet. — L'opération n'offre que cette particularité. En taillant le lambeau péritonéal, le péritoine paraît mince et intimement adhérent à l'utérus de telle sorte que notre maître détache avec les doigts une mince lamelle musculaire qui donne un lambeau épais et résistant. Le décollement se fait, bien qu'avec un peu de résistance, jusqu'en bas. Les ovaires adhérents et prolabés sont attirés en haut pris avec le ligament au-dessus de la ligature. Le moignon préparé le lambeau charnu est soudé facilement au bord postérieur de la section utérine.

Suites. — Apyrétiques. Poids de la tumeur 1800 grammes.

OBSERVATION XVI

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le
D^r Richelot.

Lisa M..., 40 ans, a depuis 5 ans un énorme fibrome abdominal que l'on mobilise avec peine à cause de son volume, développé sans hémorrhagie, n'ayant occasionné que des douleurs supportables et sans localisation. Bon état général.

Opération 5 août 1892. — La tumeur est facilement extraite de l'abdomen. Adhérence épiploïque à un gros faisceau vasculaire de la tumeur ; section et ligature : Le fibrome est pédiculisé sur le fond de l'utérus, à sa surface sont plusieurs petits fibromes également pédiculisés et du volume d'une noisette. Une pince courbe est placée sur le pédicule de la masse, qui est ensuite excisée. La cavité utérine n'est pas ouverte, mais comme l'utérus est hérissé de petits fibromes et pourrait être le point de départ d'une récidive, M. Richelot termine par l'hystérectomie avec lambeau péritonéal antérieur et rite habituel. Les deux ovaires sont kystiques.

Suites. — Premier jour 38°,3. Nulles. Guérison.

OBSERVATION XVII

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. le
D^r Richelot.

X..., réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Une grossesse normale. Accouchement au forceps. Suites normales.

Guilleminot

6

Il y a 6 ans ménorrhagies. Règles durent 15 jours. Il y a 2 ans arrêt brusque des règles le deuxième jour après leur apparition ; douleurs pendant 8 jours, puis réapparition des règles. A cette époque le médecin consultant remarqua une tumeur fibreuse débordant le pubis.

Etat actuel. — Tumeur utérine, fibreuse, mobile, du volume d'une noix de coco, remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération. — Extraction *ut solet* de trois fibromes. A la fin de l'opération une artériole utéro-ovarienne donne du sang avec persistance, au niveau d'une déchirure supéro-postérieure du ligament large gauche. Recherche. Ligature au catgut.

Suites simples. — Guérison.

OBSERVATION XVIII

Fibromes utérins. Péritonite tuberculeuse. Hystérectomie abdominale par M. Richelot

Augustine B..., 60 ans, mercière. Réglée à 13 ans. Règles abondantes régulières. En 1865 grossesse normale. Accouchement normal.

Il y a 20 ans, effrayée par d'abondantes ménorrhagies, la malade consulte un médecin qui diagnostique un fibrome utérin. Pas de traitement.

En 1883 ménopause établie sans grands troubles ; à partir de cette époque, le ventre augmente visiblement, la tumeur ballotte au dire de la malade. Troubles légers. Pollakiurie. Après la fatigue la malade souffre de palpitations ; l'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal.

Etat actuel. — A la palpation on sent une tumeur fibreuse

remontant jusqu'au niveau de l'ombilic, paraissant bosselée, mobile, flottant comme un glaçon dans la cavité abdominale remplie de liquide. Cette ascite paraît remonter à un an et demi environ. C'est du moins depuis cette époque que la malade est gênée, souffrante, faible, inquiète. Dans l'urine un nuage d'albumine.

Rien dans les poumons. Rien au cœur.

Malgré l'âge de la malade, et la difficulté d'expliquer que la tumeur, jusque-là presque inoffensive, produise des symptômes graves à partir de la ménopause, il est impossible de ne pas attribuer l'ascite et l'albuminurie légère à la présence du fibrome et à quelque compression exercée par lui, malgré sa mobilité apparente. Tel est le diagnostic porté par M. Richelot, qui admet néanmoins que ce fait est entouré d'une certaine obscurité, et ne se décide qu'à contre-cœur à une intervention sans doute nécessaire, mais qu'il juge assez grave.

Opération 11 octobre 1892. — La paroi abdominale ouverte donne issue à une grande quantité de liquide ascitique clair, non hémorrhagique. La tumeur apparaît ; au grand étonnement de l'opérateur tout le péritoine pariétal, toute la surface de l'utérus, toutes les anses intestinales sont couverts et comme chagrinés par des granulations tuberculeuses confluentes. L'épiploon forme un gros gâteau adhérent au voisinage de l'ombilic par une large languette.

Le fibrome est interstitiel, forme une masse unique d'un volume d'une tête d'adulte. Il est enlevé par hystérectomie abdominale. Opération régulière, rien à noter.

Lavage de la cavité péritonéale à l'eau salée. Suture et pansement. La malade a bien dormi sous le chloroforme, elle est un peu cyanosée.

Suites. — Au début la malade paraît bien aller, puis le deuxième jour et les suivants la température monte, atteint 38°, 38°,5, 38°,4, et le ventre se ballonne un peu. La malade traîne ainsi quelque temps, puis elle succombe peu de jours après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XIX

Fibromes utérins. Hystérectomie abdominale par M. Richelot.

Cécile D..., 42 ans, réglée à 16 ans et régulièrement, possède depuis 20 ans, dit-elle, une tumeur abdominale, mais en réalité l'évolution de la tumeur n'est sensible que depuis deux ans. Pas de douleurs. Pas d'hémorrhagies ; bon état général.

A la palpation grosse tumeur utérine du volume d'une tête d'adulte, s'étendant latéralement dans les fosses iliaques.

Opération le 13 octobre 1892. — Hystérectomie abdominale régulière. Plusieurs fibromes : le principal s'insère par un large pédicule sur le fond de l'utérus ; celui-ci contient de petits noyaux fibreux, il est flanqué d'un fibrome du volume d'une noix développé au-dessus des annexes gauches. L'utérus est pédiculisé comme à l'ordinaire. Le lambeau péritonéal est doublé d'une lamelle de tissu utérin, annexes et pédicule liés ensemble.

Suites simples. Guérison.

OBSERVATION XX

Hystérectomie abdominale pour fibrome par M. Richelot.

B..., 47 ans, est atteinte d'un fibrome utérin à début inconnu. Tumeur du volume d'une tête d'enfant, mobile au-dessus du détroit

supérieur. Col difficilement atteint par le toucher vaginal et presque effacé. La tumeur s'étend à deux doigts de l'ombilic.

Depuis 18 mois métrorrhagies continuelles avec douleurs tolérables. Ces pertes affaiblissent la malade, elle décline, mange peu, est très irritable.

Opération le 25 octobre 1892. — Extraction hors de la plaie un peu difficile. Fibrome unique interstitiel. Manuel régulier.

Suites. — Apyrétiques, simples ; un peu d'anxiété et de douleurs dans les reins pendant quelques jours. Guérison.

Dans cette série de vingt cas nous enregistrons une seule mort opératoire : on conviendra facilement que la tuberculose péritonéale est dans ce cas la vraie cause du dénouement fatal, et ne peut en aucune façon être mise sur le compte de la méthode. Dans un autre cas la malade a bien guéri de l'opération, mais elle a eu, huit mois après, des accidents tardifs. Peut-on disculper la méthode ? Incontestablement sans l'accident de chloroforme, notre malade eût guéri à la suite de l'intervention fort simple que M. Richelot se disposait à pratiquer. Mais encore, dira-t-on, le pédicule a suppuré et c'est à lui en somme que sont dus les accidents. Sans doute ; mais la suppuration a eu pour cause une hémorrhagie précoce autour du moignon, et nous avons dit que la ligature en masse du pédicule et des annexes assure l'hémostase définitive et nous paraît de nature à prévenir efficacement les accidents de ce genre. C'est surtout la suppuration primitive, immédiatement après l'opération, qui pourrait servir d'argument contre le pédicule intra-abdominal ; mais le perfectionnement qui consiste à le recouvrir avec un

lambeau de péritoine vient réfuter l'argument. Dans un des cas de Goffe, traité de la même manière, ce chirurgien a eu une infection précoce du pédicule ; il dilata le canal cervical, donna ainsi issue au pus et obtint la guérison. Le phlegmon iliaque sous-péritonéal, consécutif à une cautérisation insuffisante du pédicule, est encore plus probant (Obs. X) Dans tous les autres cas, les suites opératoires ont été des plus simples et la guérison fut obtenue après une moyenne de trois semaines.

Il n'en est pas de même avec le pédicule extra-péritonéal, la durée du traitement est beaucoup plus longue, et malgré les pansements fréquents, faits avec une rigoureuse antisepsie, les complications inflammatoires, septicémie, abcès, décollement, ne sont pas rares. Signalons encore les tiraillements exercés par le pédicule, les craintes de hernies consécutives, les troubles de la miction par suite de l'obstacle apporté au développement de la vessie ; nous n'insistons pas davantage, ces arguments ne sont pas nouveaux et notre but n'est pas de les rééditer.

Toujours est-il que les résultats obtenus par cette méthode sont inférieurs à ceux que nous donne actuellement le traitement rétro-péritonéal du pédicule. Ceux-ci ne le cèdent même pas aux brillants succès que proclament, avec raison d'ailleurs, les promoteurs de l'hystérectomie abdominale totale.

Bardenheuer, puis Martin au Congrès de Bruxelles de 1892, proposent systématiquement l'hystérectomie abdominale totale comme une méthode de choix, méthode générale destinée à remplacer l'hystérectomie supra-vaginale. Il faudrait pour cela que le manuel opératoire fût nettement

défini. Les uns, comme Péan, font l'ablation totale de l'utérus en deux temps ; dans le premier, résection abdominale du fibrome, dans le second extirpation du moignon par hystérectomie vaginale. Les autres, Martin en Allemagne, et d'autres, en France Guérmonprez, Doyen, etc ; procèdent en un temps, ou en deux temps, mais enlèvent tout l'utérus fibromateux par l'abdomen ; chaque opérateur a sa méthode. Si l'on juge l'opération par ses résultats elle constitue sans nul doute un progrès. Le professeur Gross réunit 115 opérations d'hystérectomie totale, avec 18 morts, soit une mortalité de 15, 65 0/0. Ce chiffre est inférieur à ceux que donnent le traitement extra-péritonéal et intra-péritonéal de Schröder : mais notre série plus modeste, il est vrai, présente une mortalité encore moindre. Quoiqu'il en soit, les indications de la méthode d'extirpation totale ne sont pas absolues et nous dirons avec M. le professeur Gross de Nancy :

« Dans le traitement des fibromyomes utérins, il est certain que l'hystérectomie totale mérite d'être prise en sérieuse considération. Elle conviendra dans les cas où la confection d'un pédicule sera impossible par suite de l'envahissement du col par le fibrome (1) ; elle pourra dans bien des cas remplacer avec avantage l'hystérectomie supra-vaginale ; peut-être même est-elle destinée à lui être substituée en principe ; mais vu la grande diversité

1. Nous avons montré, cependant, que les cols envahis par le fibrome se réduisent par énucléation et se pédiculisent très bien (Obs. IX et XI).

d'aspect des tumeurs fibreuses, une méthode unique ne sera jamais applicable à tous les cas et l'amputation supravaginale conservera toujours ses indications » (1).

1. F. Gross. *Semaine médicale* du 25 février 1893.

CONCLUSIONS

Dans les opérations abdominales la restitution des organes dans leurs rapports normaux doit toujours être autant que possible le but poursuivi par le chirurgien.

Dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes, rentrer le pédicule dans l'abdomen et l'y abandonner est actuellement la méthode de choix.

Les deux arguments principaux invoqués par les adversaires du traitement intra-péritonéal du pédicule sont les suivants : danger d'hémorrhagie ; danger d'infection par la cavité utérine.

L'hémorrhagie sera toujours conjurée par la ligature en masse du pédicule et des annexes ; le traitement individuel des ligaments larges nous paraît être à ce point de vue une méthode un peu moins sûre.

Le canal cervical est une voie d'infection ? Nous avons contre cette porte d'entrée deux barrières excellentes à opposer. En premier lieu la ligature à la soie obstrue cette cavité. De plus, le lambeau péritonéal antérieur rend au pédicule les dispositions anatomiques de l'utérus complet, il isole celui-ci de la cavité péritonéale, arrête l'envahis-

sement des micro-organismes, formant probablement avec la section du moignon des adhérences intimes.

Les résultats que donnent ce traitement sont excellents et sont devenus aujourd'hui supérieurs à ceux fournis par le procédé extra-péritonéal. Les suites en sont incontestablement plus simples et les malades rétablis plus rapidement.

Vu : le Président de la thèse,

TERRIER

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Amiot.** — Pédicule dans l'hystérectomie abdominale (*Thèse Paris, 1884*).
- Steph Bonnet.** — Traitement chirurgical des fibromes (*Nouv. archiv. d'obst. et de gynéc.*, 25 juillet 1892).
- Chrobak.** — Extirpation abdominale de l'utérus myomateux. Traitement rétro-péritonéal (*Centralblatt für Gyn.*, 29 août 1891, p. 713).
- Camelot.** — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1892, p. 383).
- Goffe.** — Traitement du pédicule (*Am. J. of. Obst.*, avril 1890).
- Guermonprez.** — Hystérectomie abdominale totale, 1892.
- Gilman Kimball.** — *Boston med. and surg. Journ.*, 1855).
- Hégar et Kaltenbach.** — Traité de gynécologie opératoire (*Traduct. franç.*, 1888).
- Hofmeier.** — Manuel de gynécologie opératoire (*Traduit par Lauwers, Paris, 1889*).
- Koeberlé.** — Gazette médicale de Strasbourg, 1864.
- Kleberg d'Odessa.** — Saint-Pétersbourg Voch., 24 sept. et 6 oct. 1877.
- Péan et Urdy.** — Hystérectomie. De l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie (*Paris, 1873*).
- Péan.** — De l'ablation totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses (*Semaine médicale, 1892, p. 229*).
- S. Pozzi.** — Traité de Gynécologie (*Paris, 2^e édit., 1892*).

Ramon. — Hystérectomie abdomino-vaginale (*Thèse de Paris*, 1893).

Heywood Smith. — Hystérectomie sous-péritonéale (*Brit. med. J.*, 19 mars 1892).

Treuh (Leyden). — Mémoire adressé à la société obst. et gynécologique de Paris. Rapport de M. Terrillon (*Séance du 12 juin 1890*).

